

NOTIFICACION DE ACCION CAMBIO

CONDADO DE _____

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Fecha de la notificación : _____
Nombre del caso : _____
Número : _____
Nombre del trabajador : _____
Número : _____
Teléfono : _____
Dirección : _____

(ADDRESSEE)

┌
└

¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador.

Audiencia con el estado: Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En el reverso de esta hoja, se le explica cómo solicitarla. Es posible que sus beneficios no cambien si usted solicita una audiencia antes que esta acción entre en vigor.

A partir de _____, el Condado cambiará la cantidad de su asistencia monetaria proveniente del Programa de Pagos de Asistencia para Parientes que Son los Tutores Legales de un Menor (Kin-GAP) de \$ _____ a \$ _____.

La razón es la siguiente:

La asistencia que recibió fue para _____.

- Hubo un cambio en la cantidad de los ingresos que se recibieron.
- La edad del niño cambió.
- Usted recibirá un pago suplemental para bebés a nombre de _____.
- Usted ya no reúne los requisitos para recibir _____.
- Debido a que se mudó al Condado de _____.
- Otra: _____.

Reglas: Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar público, son pertinentes: MPP 90-110.1(g), 90-115.2, 11-301.2, .31 y .4.